

## DEMANDE D'ADMISSION

Cocher ci-dessous un ou plusieurs souhaits d'accueil :

- Accueil de jour
- Accueil internat
- Accueil de jour temporaire
- Accueil internat temporaire

Date de la demande : .....



**Foyer de Vie "Les Camélias"**

**GRAND-CHAMP**

PHOTO  
(obligatoire)

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Lieu de naissance :** .....

**Adresse personnelle :**

.....  
.....

**Téléphone :** .....

Situation familiale :

Célibataire

Marié(e)

Divorcé(e)

Veuf (ve)

## MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection judiciaire ?  Oui  Non

Laquelle (Tutelle, curatelle, habilitation familiale, autre) ? .....

**NOM Prénom du/des représentant(s) légal/aux :** .....

**Adresse :** .....

**Numéro de téléphone :** .....

**Lien de parenté avec l'intéressé(e) :** .....

Si non, quelle est la personne à prévenir en cas de nécessité ?

.....

## AIDE SOCIALE

Le Foyer de Vie "Les Camélias" a une autorisation délivrée par le Président du Conseil Départemental du Morbihan.

Il est, à ce titre, habilité à recevoir des personnes bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Vous devez adresser une demande d'aide sociale auprès du Centre Communal d'Action Sociale de votre commune.

Avez-vous fait une demande d'admission dans une autre/d'autres structure(s) ?  Oui  non

Si oui, la(les)quelle(s) ? .....

.....

.....

.....

.....

## HEBERGEMENT ACTUEL

Vous êtes actuellement hébergé(e) (cocher la case correspondante) :

Au domicile familial

NOM Prénom : .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

En établissement

Nom de l'établissement : .....

Type d'établissement : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Depuis quelle date ? : .....

½ pensionnaire

Interne

Autres, préciser : .....

.....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

CDAPH :

N° de dossier : .....

Orientation indiquée par la CDAPH : .....

Date de la décision : .....

Valable jusqu'au : .....

(Merci de joindre la photocopie de la notification d'orientation par la CDAPH)

Percevez-vous l'AAH ?  Oui  Non

Valable jusqu'au : .....

Percevez-vous la PCH ?  Oui  Non

Si oui :  Aidant familial  Employé à domicile

La PCH est valable jusqu'au : .....

Avez-vous la carte d'invalidité ?  Oui  Non

Si oui, à quel taux :  Entre 50 et 80%  Supérieur à 80 %

Valable jusqu'au : .....

Domicile de secours en cas d'urgence :

.....  
.....

## RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

NOM et Prénom du père : .....

Date de naissance : ... / ... / .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

NOM et Prénom de la mère :

Date de naissance : ... / ... / .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

Quels retours sont prévus dans votre famille ?

Tous les week-ends :  Oui  Non

Un week-end sur deux :  Oui  Non

Autres : .....

Pendant les vacances :  Oui  Non

Frères et sœurs :

NOM Prénom	Année de naissance

**PARCOURS DE VIE**

Merci d'indiquer les événements importants de votre vie, ainsi que les établissements fréquentés et/ou prises en charge par d'autres services :

**Petite enfance :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Enfance :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Adolescence :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Age adulte :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**VOS MOTIVATIONS, VOS ATTENTES**

Quels sont vos centres d'intérêts, vos priorités, vos activités habituelles, vos loisirs, vos habitudes de vie les plus importantes... ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## MIEUX VOUS CONNAITRE / QUESTIONNAIRE

NOM et fonction de la personne qui complète le questionnaire : .....

NOM et prénom de la personne concernée : .....

### La personne peut-elle communiquer :

- Par la parole
- Communication non verbale, précisez : .....

### La personne est-elle en risque vital en l'absence d'aide technique ou humaine ?

- Non
- Oui, en l'absence d'aide technique
- Oui, en l'absence de surveillance humaine
- Oui, en l'absence d'aide technique associée à une aide humaine

Précisions si vous avez coché « oui » :

.....  
.....

### La personne fait-elle sa toilette seule ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

### La personne est-elle incontinente ?

- Non
- Oui, de nuit
- Oui, nuit et jour

### La personne peut-elle s'habiller seule ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

### La personne peut-elle manger seule ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec quelques difficultés
- Non, besoin d'aide ou de stimulation partielle
- Non, besoin d'aide ou de stimulation pour tout

### La personne bénéficie-t-elle d'un régime alimentaire :

- Oui
- Non

Précisions si vous avez coché « oui » :

.....  
.....

**La personne peut-elle se déplacer ?**

- Oui, sans aide
- Oui, avec une aide technique (préciser : .....)
- Oui, avec une aide humaine
- Non

**La personne se repère-t-elle dans le temps :**

- Oui
- Partiellement
- Non

**La personne se repère-t-elle dans l'espace :**

Dans l'établissement

- Oui
- Partiellement
- Non

A l'extérieur de l'établissement

- Oui
- Partiellement
- Non

**La personne sort elle de son lieu d'hébergement sans aide ?**

- Oui, sans aide
- Non, besoin d'aide pour sortir
- Non, confinée au lieu d'hébergement

**La personne est-elle en mesure de veiller à sa sécurité :**

Ne pas mettre sa vie et/ou celle des autres en danger

- Oui
- Partiellement
- Non

Réagir de façon adaptée face à une situation risquée (percevoir les signaux de danger, adapter son comportement pour y faire face)

- Oui
- Partiellement
- Non

**La personne se met elle, par son comportement, en danger ?**

- Jamais
- Parfois
- Souvent

**La personne parvient elle à respecter des règles de vie (politesse, comportement adapté dans ses relations, au sein de l'établissement, à l'extérieur ...)**

- Oui
- Partiellement
- Non

Précisions (si vous avez coché « partiellement » ou « non ») .....  
.....  
.....

**Quel est le niveau d'adaptation au groupe de la personne (sociabilité) ?**

- Bon     Moyen     Difficile

Précisions (si vous avez coché « moyen ou difficile ») : .....

.....

.....

- Autres observations/informations à nous communiquer ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## PIÈCE A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

**La copie des documents suivants est à transmettre :**

- Décisions CDAPH orientation Foyer de vie
- Dernière synthèse réalisée si le demandeur est accueilli en structure
- 1 photo d'identité, à coller sur l'emplacement prévu à cet effet page n°2
- Carte d'identité/Livret de famille
- Jugement de protection juridique

Ce dossier devra être complet et adressé par courrier ou déposé au siège de l'EPSMS  
Vallée du Loch.

Il sera accompagné de la partie "dossier médical" sous enveloppe fermée.

**EPSMS Vallée du Loch**

**Foyer de vie Les Camélias**

**Service courrier**

**3 rue Simone VEIL**

**56390 GRAND-CHAMP**

**02 97 66 48 80**